

COVID 19 Screening

COVID 19 Cribado



All patients must wear a mask and complete this form prior to examination Todos los pacientes tienen que completar este formulario

PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

First name _____ Middle initial _____ Last name _____
Nombre Inicial Apellido
Birthdate _____ Cell Phone _____ E Mail _____
Nacimiento Teléfono Correo Electrónico

- 1. Have you received the COVID -19 vaccine?** Yes No
¿Ha recibido la vacuna COVID -19? Si No
- 2. In the past 7 days have you had a fever, cough, or sore throat?** Yes No
En los últimos 7 días, ¿ha tenido fiebre, tos o dolor de garganta? Si No
- 3. Have you been in contact with someone diagnosed with COVID in the last two weeks?** Yes No
¿Ha estado en contacto con alguien diagnosticado con COVID en las últimas dos semanas?
- 4. Are you currently experiencing headache, congestion or runny nose?** Yes No
¿Tiene dolor de cabeza, congestión o secreción nasal actualmente?
- 5. Do you have severe shortness of breath or difficulty breathing?** Yes No
¿Tiene falta de aire severo o dificultad para respirar?
- 6. Do you have chills with repeated shaking** Yes No
¿Tiene escalofríos con temblores?
- 7. Do you experience muscle pain/body aches unrelated to work injury?** Yes No
¿Tiene dolor musculares, no relacionado con lesión de trabajo?
- 8. Are you experiencing sore throat, loss of taste or smell?** Yes No
¿Tiene perdido ge gusto y de olfato?
- 9. Are you experiencing diarrhea?** Yes No
¿Estás experimentando diarrea?
- 10. Are you experiencing fatigue?** Yes No
¿Estás experimentando fatiga?

If you answered yes to any question above except number one, please **immediately** notify the front desk staff.
Si respondió afirmativamente a cualquier pregunta anterior, excepto la número uno, notifique inmediatamente al personal de recepción.

Patient Signature _____ Print Name _____ Date _____
firma Nombre impreso Fecha

Akeso Use Only	For Positive Results Para resultados positivos	Completed By:		
<input type="checkbox"/> Work Comp	<input type="checkbox"/> Physical/RTW Evaluation	<input type="checkbox"/> Drug & Alcohol Screen	<input type="checkbox"/> Other _____	Akeso Staff _____
If Employment related: Employer _____		Employer Phone _____	Date _____	